

暴食症的認知模式

張勻銘

摘要

本文目的為探討暴食症的認知模式。了解暴食症當事人的認知模式與扭曲，為介入治療時須辨識之處，近年研究發現暴食症當事人的心理病理層面包含失功能核心信念，若能清楚了解當事人可能採用的核心信念，將有助於治療的介入 (Jones, Leung, & Harris, 2007)，採用符合當事人特性的方法，提升治療效果。本文採用文獻回顧，首先探討影響暴食症認知模式發展的理論概念，包括 Beck 認知治療理論的核心信念概念，以及 Young 的基模理論，其次闡述暴食症常見的負向核心信念，第三討論暴食症的認知模式，最後說明啟發自認知模式的神經性暴食症的團體心理衛教，以及認知—情緒—行為治療法。

關鍵詞：暴食症、認知模式

張勻銘 國立彰化師範大學輔導與諮商學系博士生 (yunm055@yahoo.com.tw)

壹、前言

暴食症 (bulimia nervosa) 為飲食疾患的一種，特徵為重複發生暴食發作，之後為避免體重增加而使用不當的補償行為。據精神疾病診斷與統計第四版 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000/2007) 的診斷特質，暴食症當事人的自我評價過於受到身材及體重影響，當事人於一段獨立時間內吃下的食物量多於大多數人於類似情境下所能吃下的食物量 (診斷準則 A1)，且暴食發作時當事人常感到缺乏自我控制 (診斷準則 A2)，並會用補償行為避免體重增加 (診斷準則 B)，因此，暴食症的當事人能維持體重於最低正常水準或以上，通常暴食與不當補償行為的頻率必須平均每週至少兩次，並共達三個月 (診斷準則 C)，此外，當事人的自我評價受到身材及體重的不當影響 (準則 D)，且此障礙不只發生在心因性厭食症的發作中 (準則 E)。至於在精神疾病的診斷與統計第五版草案 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-V; American Psychiatric Association, 2010) 中，則建議準則 C 的發生頻率修改為「平均每週至少一次，並共達三個月」，修改原因為相關研究發現，暴食與不當補償行為的發生頻率為每周至少一次者，其臨床特徵和現行的標準類似。

從診斷特質可了解，暴食症的特徵包括：1.極度關心身材和體重，2.極度地控制體重，3.暴食行為，4.試圖維持低體重或健康的自然體重 (Davis & Olmsted, 1992/2003)。同樣的，厭食症者也極度的控制體重、關心身材、維持低體重，不同之處在於，厭食症者強烈害怕增加體重與限制進食，導致體重極度下跌 (Peterson, 1996/2004)，從此處可以發現，暴食症與厭食症行為症狀的不同展現。

以精神疾病的診斷與統計的診斷特質可發現，暴食症當事人的自我評價易受到身材與體重影響，於青少年及年輕成年女性的盛行率約為 1%至 3%，男性則約為女性的十分之一 (American Psychiatric Association, 1994/1999)。國內研究發現，以彰化縣某高職學生為例，女性的盛行率為 1.03%，男性則為 0.53% (王明鈺、邱南英、陳冠宇、吳博倫、鄭瑋，2005)。此外，調查台北市某二所大學護理學系女學生發現，在 452 位學生中，有 329 位自認肥胖，且可能未將學習的專業知識運用於自身飲食行為與身體意象認知 (謝佳容、蔡素玲、陳冠宇、熊秉筌，2003)。從上述研究可知國內青少年可能罹患暴食症的議題相當值得關注。暴食症通常於青春期末或成年早期開始，若能探究治療暴食症的方法並及早介入，將有助於暴食症當事人的症狀改善與適應。

從接受治療的狀況來看，Hoek (2006) 發現僅有少數的暴食症者於心理衛生機構治療。Mond、Hay、Rodgers 和 Ówen (2007) 從社區民眾調查發現，患有暴食症的女性很少接受飲食疾患治療，反而較常接受其他心理疾病的治療或參與減重課程。從上述的現象可發現，若能在心理衛生機構，及早區辨暴食症患者，為其提供適當的介入服務相當重要。

治療模式的研究發現，認知行為治療能有效協助暴食症當事人 (Anderson &

Maloney, 2001; Mitchell & Steffen, 2008)。研究者亦努力探究影響暴食症的認知內涵，以期建立更完整與符合當事人情況之認知模式，並藉由對認知模式進行治療介入 (Cooper, 2005; Cooper, Wells, & Todd, 2004)。

從飲食疾患的病理學階層可以了解，暴食症當事人的主訴呈現出「飲食和生物上的混亂」，例如：藉由催吐、瀉藥、利尿劑、運動、飢餓等補償行為試圖控制飲食，而該類行為的產生源自於當事人在「身體心像困擾」上的認知扭曲，進一步深入探究，可了解此種身體心像的認知扭曲根源於「自我概念的缺失」，個人的身體表徵成為確認與維持自我價值的手段 (Davis & Olmsted, 1992/2003; Peterson, 1996)。研究也發現，暴食症的認知促發因素包括當事人對自我形象不滿，並常伴隨控制權方面的議題，此外，長期的暴食對當事人的自信心亦會造成負面影響 (徐偉玲, 2003)，由此可知，當事人對自我的評價與自我控制能力的掌握，為處理暴食症的介入重點。

以認知治療的觀點，認知的扭曲為飲食疾患心理病理的核心，當事人常會以身材、體重、飲食與食物的控制作為評價自己的標準 (Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003)。近年的研究發現，高度的認知控制將有助於當事人處理暴食的衝動行為 (Robinson, Pearce, Engel, & Wonderlich, 2009)。暴食症者的心理病理層面包含失功能的核心信念，若能清楚了解當事人可能採用的核心信念，將可有助於認知治療的介入 (Cooper, 2005; Jones, Leung, & Harris, 2007)。綜上所述，了解暴食症當事人的認知模式與扭曲，為介入治療時須辨識之處。

職此，本文首先探究暴食症認知模式相關之理論概念，其次闡述暴食症常見的負向核心信念與自動化思考，第三討論暴食症的認知模式，最後論述由認知模式啟發的神經性暴食症的團體心理衛教，以及認知—情緒—行為治療法。

貳、暴食症認知模式相關之理論概念

Beck (1976) 的認知治療與 Young (1990) 的基模理論，對探討暴食症之認知模式具重要影響。Beck 認知治療強調當事人的基模，以及因基模而產生的認知推論扭曲與不適應的自動化思考。Young 則擴展 Beck 的基模概念，說明基模運作的歷程。

一、認知治療理論

於認知治療的概念中，Judith Beck (1995) 認為基模為影響當事人信念扭曲的重要部分，基模是存在於內心的認知架構，其中某些特定的內容形成核心信念。核心信念發展於兒童時期，由孩子和重要他人的互動與一連串的遭遇發展而來。大多數的人都能維持比較正向的核心信念，負向的核心信念可能只在經歷心理上的痛苦時才會顯露，大多是由早期的負向經驗形成，例如失去父母、被忽視或虐待、被同儕排斥、被嚴厲的批評等，這些負向的核心信念會形成中介信念，

包含態度、規則與假設，並透過自動化思考展現出來 (J. S. Beck, 1995)。由認知治療的概念可知核心信念為早期經驗所形成，遇到事件時，會快速的以自動化思考的形式呈現，影響人詮釋事件的觀點、後續的行為與情緒。

我們可以從當事人的自動化思考內容，探究隱含的假設與核心信念。患有暴食症的當事人常有失控感與低自尊，探究其自動化思考可能呈現出以下的假設或信念，如「如果我不吃就可以減少罪惡感」、「瘦才受歡迎」、「如果我瘦才會被人喜愛，才不會被人拒絕」等。若再深究這些中介信念，可發現暴食症當事人的核心信念通常與自我價值以及人際關係有關。這些信念導致暴食症當事人具低自我評價、控制與補償的行為，以及心情憂鬱或焦慮等狀況 (Jones et al., 2007)。

Harper-Giuffre (1992/2003) 亦指出，對身材苗條的渴望和對肥胖的擔憂是暴食症當事人最常有的想法，而當事人常見的焦慮、沮喪、生氣、無聊或寂寞等情緒，常和不被滿足的人際關係有所關連，當事人具低自我形象與高自我期許，並且過度在意別人的看法，故採用為控制體重和追求苗條而計畫的節食行動，然而，企圖控制體重的行動卻常因為暴食發作而被打斷，這讓當事人陷入體重控制與暴食行為的惡性循環，並感受到更深的挫折與失控感。暴食症當事人所展現出的行為與情緒狀況，皆是為了回應內在的信念或假設，唯有鬆動當事人的信念，進行認知重新建構，與搭配行為與情緒的調整，才能減緩暴食的症狀。

對暴食症進行治療前，需根基對暴食症心理病理基礎的了解。於 1990 年代，有兩項重要的發展影響暴食症心理病理基礎的研究。首先，治療者發現除了瞭解當事人對食物、體重、身材的信念外，也須探討當事人對自己、他人、世界的基模；其次，Jeffrey Young 透過治療人格疾患的經驗，並基於 Beck 的認知治療概念發展了更細緻的基模理論 (schema theory)，以幫助解釋當事人核心信念的內涵與運作歷程 (Jones et al., 2007)。這兩項發展讓研究暴食症的研究者運用認知治療核心信念與基模理論的概念，建立可解釋當事人認知、行為、情緒與生理狀況的認知理論，以作為介入前概念化的參考。

二、基模理論

研究者發現不僅需留意暴食症當事人對身材、體重、食物的想法，更要探究當事人內在的認知基模，以了解影響暴食症症狀的核心想法，以進而鬆動或調整想法內容，讓當事人有更適應的行為 (Jones et al., 2007)。於暴食症研究中，Young 的基模理論對後續研究有相當深的影響，以下簡介 Young 基模理論的內涵。

Young 的基模理論乃擴展 Beck 的認知治療模式，提出早期不適應的基模 (early maladaptive schemas) 觀點，並以維持基模 (schema maintenance)、逃避基模 (schema avoidance)、補償基模 (schema compensation) 說明早期形成的基模如何影響個人，這些觀點都影響暴食症認知模式的產生，以下介紹四項觀點的內涵 (Young, 1990)：

（一）早期不適應的基模（early maladaptive schemas, EMS）

如同 Beck 的核心信念概念，早期不適應的基模產生自個人童年時期，通常起源於個人和父母、同儕、手足間的負向經驗，並且經由生活經驗漸漸精緻與強化。早期不適應的基模反應出人對自己的觀感、自己與環境的關係，且該基模相當穩固並被個人認為是理所當然的，因此不易改變。早期不適應的基模會反映出當事人潛在的假設，例如：「如果我能夠取悅其他人，我就會被愛，我才有價值」，會讓人有不適應且不斷重複的行為，並會直接或間接反應出內在的心理狀態，例如焦慮或憂鬱等。當生活發生與早期不適應基模相關的事件時，例如：當一位認為自己總是失敗的人承接很困難的任務時，早期不適應的基模可能就會被引發，並且伴隨強烈的情緒反應。

（二）維持基模（schema maintenance）

早期不適應的基模是形成人格的主要基礎，而維持基模則說明早期不適應的基模被強化的過程。維持基模包含認知扭曲與自我打擊的行為模式。在認知層面，於訊息處理時，維持基模會強化與誇大與早期不適應基模相呼應的訊息，而消弱或否認與早期基模相反的訊息。如同 Beck 認知治療理論內的認知扭曲，如：過度類化、擴大或縮小、選擇性的摘要等。於行為層面，早期基模會透過自我打擊的行為模式強化，這些行為模式來自於個人童年時期於家庭中學習而來，例如透過酗酒以減輕焦慮。維持基模會讓人產生無助感，而無力更動或改變早期不適應的基模。

（三）逃避基模（schema avoidance）

當早期不適應的基模被引發時，通常會引起高度的情緒反應，例如憤怒、焦慮、憂鬱或罪惡感，這些情緒反應會讓人感到不舒服，因此個人為了逃避可能引發基模運作的情境，或逃避因基模運作造成情緒不舒服的狀態，而發展出認知、情緒、行為的逃避方法。於認知逃避上，通常個人會阻斷引發基模運作的想法或影像，例如：人會告訴自己：「我不要這樣想，我忘記了！」如同防衛機轉的否認、壓抑等機制，以及使用強迫性的行為以阻斷會引發基模運作的負向想法。於情感逃避方面，則是隔絕被基模引發的情緒，於此情況下，基模已經開始運作，但個人否認情緒的產生，因此運用情感逃避的人很難感受到強烈的負向情緒。運用行為逃避的人，則是於現實生活中逃避會引發基模運作的情境，例如對社交情境易感到焦慮者，則會以終日不出門為行為逃避的手段，漸漸的可能會形成社交畏懼症。

（四）補償基模（schema compensation）

補償基模通常透過過度補償早期不適應基模的方式產生。例如過去被情緒剝奪的孩子，未來可能會過度的依賴伴侶，以補足過去未被滿足的情感需求。基模補償歷程可視為對早期不適應基模的挑戰，藉以彌補早期不適應基模帶來的困

擾，然而，過度的基模補償行為常常會造成個人與其他人的困擾，失敗的基模補償又會造成個人的情緒痛苦。

Young 的基模理論為暴食症的認知模式提供解釋的觀點，Luck、Waller、Meyer、Ussher 和 Lacey (2005) 採用 Young 基模理論的補償基模與逃避基模觀點解釋飲食疾患。

補償基模觀點認為若當事人發現生活事件引發基模運作時，可透過抑制或補償的行為避免負向情緒產生 (Luck et al., 2005)。此種逃避方式常發生於厭食症的當事人，例如當事人有著「追求完美」的信念，當遇到工作不順利時，正好觸動當事人基模運作的機制，由於當事人試圖避免失敗的信念，使得當事人透過不進食以阻斷或禁止負向認知或情緒的產生，此為初級情緒逃避(primary avoidance of affect) (Cooper, 2005)，簡言之，當事人試圖透過種種行為抑制以嘗試完全避免負向情緒的發生。

不同於厭食症者，暴食症的當事人則使用逃避基模，當事人透過暴食來減少已經被引發的負向情緒與信念，例如：當遭遇困難時，當事人有自責、難過、焦慮等負向情緒，為了因應這些情緒，使當事人透過暴食與清除等強迫性的行為減少情緒的強度，此稱為次級情緒逃避(second avoidance of affect) (Luck et al., 2005)。意即，當事人在情緒發生之後，試圖透過大量飲食增加控制感，但通常於暴食之後，又會對自己的失控行為感到懊悔自責，而陷入補償行為之中。

因此，厭食症與暴食症的患者所採用的基模歷程是不同的，厭食症者運用抑制食物的行為完全避免負向情緒產生，而暴食症者則運用大量進食與清除行為因應負向情緒。運用次級情緒逃避時，暴食症當事人常與羞恥、自我控制不足、低勝任感的信念伴隨而來的負向情緒對抗，並促使了清除等補償行為，形成了暴食與補償行為的惡性循環。

三、暴食症常見的負向核心信念

依據 DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994/1999) 於暴食症的定義，暴食症另分為兩種亞型，分別為清除型(purging type)與非清除型(nonpurging type)。Jones 等人 (2007) 回顧自 2000 年至 2005 年針對暴食症核心信念研究，發現多數研究使用 Young 基模問卷 (Young Schema Questionnaire) 進行測量，因為 Young 基模問卷能反應當事人多重的核心信念，包含了 16 種核心信念的分類。探討相關研究結果後，依暴食與清除兩種行為將暴食症當事人核心信念予以分類，有以下的文獻整理發現。

於暴食行為方面，暴食症當事人常有社會隔離（認為自己被社會隔離、和其他人格格不入，沒有隸屬的團體）、依賴／無勝任感（相信自己沒有辦法承擔責任）、自我控制不足（過度誇大自己無法控制某些行為、思想、情感等）、情緒剝奪（相信自己的情緒需求不可能被滿足）以及不被他人喜愛（相信自己沒有人喜

愛，沒有吸引力)的信念；於童年時期被虐待的暴食症當事人，常會有被遺棄(相信自己和人建立關係後會很快被遺棄)、被不合理對待的信念(認為他人會佔自己便宜，認為他人會欺騙或傷害自己)(Jones et al., 2007)。是以，暴食症當事人於人際、情緒、自我概念、自我控制、信任感等方面都易有較不適應的信念產生。

於清除行為方面，羞恥(相信自己的一些特質常會被人發現且是不被人接受的)、社會隔離、不被他人喜愛等信念的強弱可用來預測當事人清除行為頻率的改善程度。此外，童年時期被虐待的當事人進行清除行為時，情緒抑制(必須壓抑情緒以避免負向結果產生)、被遺棄、依賴/無勝任感等信念也會產生(Jones et al., 2007)。具清除行為的當事人，也會有社會隔離與擔憂不被他人喜愛等信念產生，而且，若童年時期被虐待，對人的信任不足與被遺棄等信念也會影響其適應狀況。

Somerville 和 Cooper (2007) 則運用認知治療的往下想與心像技術，探究暴食症當事人的核心信念，發現暴食症者最常出現的核心信念類型如下：低自我評價(我是沒有價值的、我不被愛)、失敗(我是失敗者、我沒有能力)、自我控制(我失控了)、生理吸引力(我很醜、我沒有吸引力)、愚笨(我是愚蠢的、我很天真易受騙)、懶惰(我懶散)、和人際有關的自我概念(我讓別人感到難堪)、軟弱(我是軟弱的)等。從核心信念的種類可發現，暴食症者在對自己的內外在評價、人際關係展現，易產生自我苛責、批判與貶低的想法。

由上述文獻可知，暴食症當事人常有的核心信念包括社會隔離、依賴/無勝任感、自我控制不足、不被他人喜愛、情緒剝奪、情緒抑制、羞恥、被遺棄、被不合理對待等九項。這些核心信念會引發當事人早期不適應基模的運作，並導致當事人的行為、情緒、生理上的困擾。

於 1997 年前發展的暴食症研究，多著重於當事人對食物、飲食、身材、體重的扭曲信念，社會文化因素和家庭因素對暴食症當事人的影響，以及認為暴食症當事人大多因為二分法的認知扭曲造成暴食行為，此被稱為第一世代理論(first generation theories)，於 1997 年後，研究開始重視暴食症當事人失功能的核心信念如何持續影響當事人的外顯行為與想法(Cooper, 2005)，越來越多研究開始探討暴食症當事人可能持有的核心信念內容，這些發展使得暴食症的認知模式研究因應而生。以下論述 Cooper 等人(2004)發展的認知模式，Cooper (2005) 稱之為暴食症的第二世代理論(second generation theories)，相較於 1997 年前發展的理論，提出更進一步的闡述。

參、結合認知治療與基模理論之暴食症認知模式

Cooper 等人(2004) 依據臨床經驗發展暴食症的認知模式。以認知模式說明暴食症當事人的認知、情緒、行為與生理症狀，並提出「維持歷程」與「發展因子」兩種觀點說明暴食症是如何被持續與發展。

(一) 維持歷程

從認知理論可知，當事人的負向信念運作時，伴隨而來的是不舒服的情緒結果。當暴食症當事人的負向自我信念被引發時，負向情緒隨之而來。研究發現，暴食症當事人常見的情緒困擾包括情緒過度起伏、焦慮、不安、疲倦、憂鬱等 (Davis & Olmsted, 1992/2003)，因此，當事人會透過「吃」來處理這些負向情緒。會引發當事人負向自我信念的刺激事件可能跟生活、飲食、身材、體重有關，例如：在鏡子前看到自己的身材，或者在一個工作中犯錯，都可能只是生活中的事件之一，對於該事件的想法詮釋，進而引發負向的情緒經驗與暴食的行為。

暴食症當事人會因正向或負向想法的運作而造成暴食的惡性循環，正向想法可能為以下二者「認為透過吃可以減少負向信念或情緒」或「如果不吃的話，擔心的事情會發生」。因此透過飲食，可讓當事人減少對生活事件的焦慮感，甚至可增加當事人對生活事件的掌控感 (Cooper et. al., 2004)。此部份如同 Young 基模理論的逃避基模，逃避基模強化了當事人透過飲食減緩負向認知與情緒的影響。然而，若當事人大量的進食後，其負向想法則又回到當事人所關注的身材、體重，以及控制感方面，當事人可能會擔憂「我會變胖」而產生罪惡感。

上述正負向想法的衝突會透過允許的想法 (permissive thought) 或是失控的想法來調和。當允許的想法與失控的想法產生時，當事人便會開始吃東西。當事人允許自己吃東西來阻斷負向情緒的產生，但暴食後伴隨而來的焦慮感、失控與罪惡的想法，則使當事人透過清除等補償行為來減緩 (Cooper et. al., 2004; Davis & Olmsted, 1992/2003)。

綜上所述，形成與維持暴食循環的負向信念為以下四種，分別為：1.用以逃避負向情緒(認為透過吃可以逃避)的信念；2.對自己的身材與體重負向的信念；3.允許大量進食的想法；4.認為會失控的想法。

(二) 發展因子

當事人早期負向或創傷經驗可能會形成當事人的負向核心信念，補償基模即是為了處理負向核心信念而產生的。Davis 和 Olmsted (1992/2003) 指出，臨床上可發現暴食症當事人將暴食作為調適痛苦感覺與想法的行為，若深究其想法與病程，可發現該類當事人其實是狂熱的節食者，企圖讓自己成為「好的節食者」，而藉由「進食不足」試圖控制體重，但卻發展出「過度進食」的補償行為，當事人藉由對進食的控制，對應到自己的自我概念。其次，探究暴食症當事人的核心信念常反應出「是否被接受」的內容，意即「被他人所喜愛」的核心信念。當事人基於核心信念會形成以下的假設：「重視體重與身材是一種自我接納的方法，也可幫助我被他人喜愛」。因此，基於上述的假設，當事人常有的補償信念包括以下兩者，一為注意飲食可確保當事人被人喜愛，如：「如果我減重，其他人會更喜歡我」或「如果我變胖，我會失去別人對我的重視」，二為注意飲食可讓當事人接受自己，當事人將飲食控制和自我的成就連結，例如：「如果我減重，表示我是成功的」或「如果我變胖表示我是失敗者」 (Cooper et. al., 2004)。因應早

期負向核心信念發展的補償信念，會促使當事人透過不適宜的過度補償行為來控制體重。基於維持歷程與發展因子，Cooper 等人 (2004) 發展之暴食症認知模式如圖 1 所示。

肆、認知模式對暴食症治療的啟發

暴食症的認知模式跨越了過去認為暴食症當事人因過度重視身材、體重與飲食而患病的觀感，進一步提出當事人的認知、情緒、行為間的關聯。認知模式讓人了解暴食症當事人於情緒上的容忍能力較低，且對自己有負向的評價，需透過暴食以逃避負向情緒或認知造成的不舒服感 (Fairburn et al., 2003)。

採用認知模式治療暴食症當事人時，通常結合行為策略，使用認知行為治療進行，治療內容包括增強改變動機、認知重建、行為演練、針對暴食症的核心信念做探索與調整 (Cooper, Todd, Turner, & Wells, 2007)。以認知行為治療進行時，

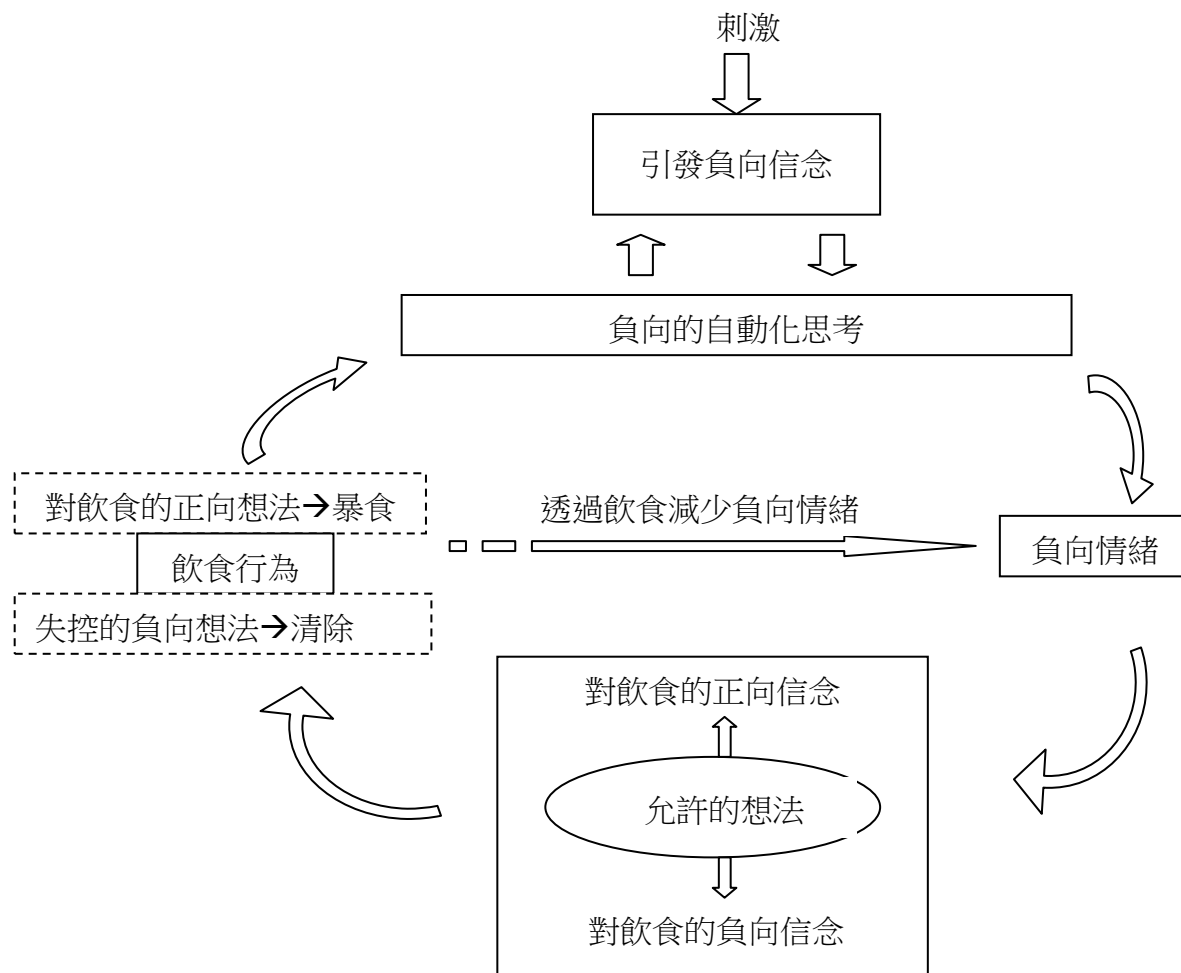


圖 1 暴食症的認知模式

註：”A cognitive model of bulimia nervosa”, by M. J. Cooper, A. Wells, & G. Todd, 2004, *British Journal of Clinical Psychology*, 43, p.7.

主要仍以認知與行為為介入焦點，認知調整為首要目標。認知行為治療的進行，可同時處理當事人飲食與生物上的混亂、身體心像困擾，以及自我概念缺失，以讓當事人達成適應性的飲食行為與自我概念。

以下介紹 Davis 和 Olmsted (1992/2003) 整合心理衛教的暴食症團體，以及 Corstorphine (2006) 提出的認知—情緒—行為治療。

一、神經性暴食症的團體心理衛教

Davis 和 Olmsted (1992/2003) 提出神經性暴食症的團體心理衛教，並建議此種教育性質團體可置於心理治療之前，於第一線治療置入不具侵略性的心理衛生教育，讓暴食症當事人對疾病有所了解，初步影響暴食症當事人的信念態度，教育當事人和食物建立正常化的關係，而非透過團體或治療幫助他們減重，進而準備個案進入心理治療。

團體心理衛教為七週的集會，每次 90 分鐘，領導者以授課為主，七次集會主題分別為：1.飲食疾患回顧：簡介團體、介紹飲食疾患特徵、情緒困擾、生理合併症、病程等；2.飲食疾患的多因子決定和自我維持的本質：體質、誘發和維持因素、從何著手；3.體重的規律化及節食的後果：飢餓的效果、切點的概念；4.和食物發展一個健康的關係：非節食的方式、在挫敗階段的調適方案；5.對體重、身材和節食的態度成為復原的絆腳石：以暴食作為因應的機轉、問題解決、挑戰棘手的態度；6.和身體發展健康的關係：常見的身體心像問題、轉移作用的概念、跳脫循環週期；7.復原之路。七週的心理衛教是很有價值的，讓當事人先建立復原過程中可能觸及的議題，刺激個人改變動機，為後續治療中的認知重建與自我概念探討鋪路，然而，此種心理衛教團體不適合需緊急處置或罹患神經性厭食症的當事人，此類當事人需要集中式的治療 (Davis & Olmsted, 1992/2003)。

二、認知—情緒—行為治療

Corstorphine (2006) 則針對當事人情緒容忍較低、應用次級情緒逃避的特性，以及基模逃避與基模補償的行為，提出認知—情緒—行為治療 (Cognitive-Emotional-Behavioural Therapy) 協助飲食疾患當事人。於治療策略上，該模式將情緒的辨識置於認知重建之前，顯示治療者相當著重情緒的辨識、經驗與表達，進而協助當事人發展適應性的認知、行為、情緒因應方式，而非以過往的情緒逃避、否認、以暴食因應的方式處理挫折經驗。此部分的觀點與 Aaron Beck 認知治療的策略有所雷同，於 Judith Beck (1995) 《認知治療：理論與進階》一書中，也提出情緒辨識為理解與探索認知的重要線索。Corstorphine (2006) 的認知—情緒—行為治療重點在於透過認知策略、情緒與行為實驗活動的介入，以進行飲食行為的調整，認知—情緒—行為治療針對暴食症的治療內涵如下：

(一) 心理教育

心理教育的目的為幫助當事人了解情緒與建立參與治療的準備，進而促使當事人在態度與行為上的改變。不同於 Davis 和 Olmsted (1992/2003) 心理衛教團體的內涵，認知—情緒—行為治療更強調當事人對於情緒的認識，其中包含了解當事人目前對情緒的概念與認識（討論：什麼是情緒？、為什麼有情緒？）、教導當事人情緒的功能（情緒可幫助我們和他人溝通、影響他人、影響自己的行為、和自己對話）、初級情緒與次級情緒的了解（對事件的最初情緒反應為初級情緒、經由認知對情緒的再評價所產生的情緒稱為次級情緒），以及幫助當事人表達情緒，讓當事人能面對與經驗情緒，進而減少使用初級或次級情緒逃避因應。

(二) 增加情緒覺察

由於暴食症者會運用不當的飲食行為控制與阻隔情緒，因此，治療師教導當事人透過「情緒日記」紀錄情緒的發生與該情緒的功用，著重點不同於認知治療的認知紀錄表。當事人透過「情緒日記」發展觀察與紀錄情緒的能力，並從中體會情緒並非所想的可怕與不可控制，藉此讓當事人更有信心挑戰信念與練習行為實驗，並學習以第三者的角度看待自己的情緒狀態。由於暴食症的當事人易有情緒抑制與逃避的信念，因此於治療時，治療師與當事人討論壓抑情緒的優缺點，例如優點可能為「壓抑焦慮可以讓我有掌控感」，缺點可能為「我必須透過暴食來逃避我可能失控的情緒」。透過優缺點檢視，可幫助當事人強化改變動機。

(三) 實驗練習

透過畫圖與寫作讓當事人可以辨識與了解自己的感受，於治療的安全情境下，當事人不需要透過暴食或補償行為來控制情緒。演練活動舉例如下：1. 「情緒是...」（All about...），透過未完成句子的填寫讓當事人表達情緒對他的意義，以及辨識情緒來臨時身體的感受，使用的問句如：「畫出代表該情緒的表情」、「畫出代表該情緒的顏色」、「如果用動物代表該情緒，會是什麼」、「如果用一首歌或旋律代表該情緒，會是什麼」、「感受到該情緒時，你的身體會有甚麼反應」。2. 「壓抑與表達」（Suppression VS. Expression）活動，幫助當事人透過情緒檢核自己和其他人的關係，治療師請當事人列出生活中能讓當事人感到安全可表達情緒的人，以及讓當事人感到威脅須隱藏情緒的人，進而比較這兩者的不同。3. 「情緒溫度計」活動，幫助當事人辨識情緒的強弱，請當事人描述一種情緒反應，列出引發情緒反應強弱的不同情境，以圖繪溫度計的方式讓當事人想像自己可調轉情緒溫度計，控制情緒的強弱，並想像搭配適合該情緒強弱的生活情境，請當事人表達經驗不同情緒程度的感受與想法。

(四) 重建關於經驗與表達情緒的信念

透過上述三個步驟讓當事人較能辨識與接納自己的情緒後，治療師開始處理信念對當事人的影響，並鬆動當事人的信念。首先，可先在當事人的情緒日記增

添「信念」欄位，讓當事人練習紀錄信念，接著，使用認知重建鬆動想法，例如：當事人認為「如果我生氣的話，別人就不理我了」，如此的信念可能內涵二分法的認知偏誤，而使當事人壓抑自己的情緒，治療師透過對話或行為演練幫助當事人評估信念的適應性，發展多元的看待觀點，讓當事人擴充信念調整的彈性。透過適應性信念的建立，幫助當事人有較好的自我評價，允許自己以適當的方式表達情緒，進而減少透過暴食或補償控制情緒。

綜上所述，認知—情緒—行為治療針對暴食症當事人情緒壓抑的特性，以情緒辨識作為催化認知改變助力，教導當事人藉由了解情緒以及發現隱含的信念後，再藉由認知行為治療的策略，如：偏誤信念的辨識、行為實驗，現實檢驗等方式，進而認知的重建與調整。Corstorphine (2006) 認為此模式建立目的為提供另一個治療暴食症當事人的介入策略。認知—情緒—行為治療的介入步驟與活動，可引發當事人思考情緒抑制與逃避對自己的影響，並透過經驗感受情緒，探索內在的信念，進而幫助調整當事人因基模逃避或補償進行的暴食行為，轉而以健康與適應的認知、行為與情緒表達面對生活情境，該模式或許可為治療暴食症當事人的參考。

伍、結語

對於暴食症當事人認知歷程的了解，從檢核當事人對體重、身材的信念，進一步了解在這些信念背後當事人對自我概念與他人關係的信念內容 (Jones et al, 2007)，對信念探索的轉移有助於治療者了解暴食症當事人遭遇的困境、抱持的核心信念與扭曲，以及認知、行為、情緒間的關聯，進而能針對當事人的負向核心信念進行調整。認知治療認為每一種疾病可能都有特定的認知模式在運作，而近年暴食症認知模式的建立，即在努力認識影響暴食症當事人的可能核心信念，並為暴食症的治療方法提供新的方向。於暴食症治療方面，新的理論模式仍須不斷的被驗證其正確性與適用性 (Cooper, 2005; Luck et al., 2005)，以了解核心信念和暴食症行為表現的關聯、更清楚說明核心信念如何影響當事人以暴食症症狀展現，闡述信念、行為與情緒彼此的相互影響，以建立有助於當事人的治療方向。

(本篇論文曾以壁報形式發表於「2008 全國諮商碩博士研究生學術研討會」。)

參考文獻

- 王明鈺、邱南英、陳冠宇、吳博倫、鄭瑋 (2005)。彰化縣某高職學生的暴食症盛行率研究。《彰化醫學》，10 (2)，86-94。
- 徐偉玲 (2003)。《暴食症患者的生病經驗與因應方式之敘說研究》。國立臺灣師範

- 大學教育心理與輔導研究所碩士論文，未出版，台北。
- 謝佳容、蔡素玲、陳冠宇、熊秉筌（2003）。台北市某二所大學護理學系女學生暴食症之探討。**慈濟醫學**，**15**，327-335。
- American Psychiatric Association (1999). **精神疾病的診斷與統計第四版**（孔繁鐘編譯）。台北：合記。（原著出版於1994）
- American Psychiatric Association (2007). **DSM-IV-TR 精神疾病診斷準則手冊**（孔繁鐘編譯）。台北：合記。（原著出版於2000）
- American Psychiatric Association (2010). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)*. Retrieved September 1, 2010, from <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=25>
- Anderson, D. A., & Maloney, K. C. (2001). The efficacy of cognitive-behavioural therapy on the core symptoms of bulimia nervosa. *Clinical Psychology Review*, *21*, 971-988.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Cooper, M. J. (2005). Cognitive theory in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Progress, development and future directions. *Clinical Psychology Review*, *25*, 511-531.
- Cooper, M. J., Wells, A., & Todd, G. (2004). A cognitive model of bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, *43*(1), 1-16.
- Cooper, M., Todd, G., Turner, H., & Wells A. (2007). Cognitive Therapy for Bulimia Nervosa: An A-B Replication Series. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *14*, 402-411
- Corstorphine, E. (2006). Cognitive-Emotional-Behavioural Therapy for the eating disorders: Working with beliefs about emotions. *European Eating Disorders Review*, *14*(6), 448-461.
- Davis, R. & Olmsted, M. P. (2003).神經性暴食症的認知—行為團體治療：整合心理衛教與心理治療（唐子俊、唐慧芳、孫肇玢譯）。載於 H. Harper-Giuffre & K. R. MacKenzie（主編）**飲食疾患的團體心理治療**（83-120 頁）。台北：五南。（原著出版年 1992）
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(5), 509-528.
- Harper-Giuffre, H. (2003). 飲食疾患的回顧（唐子俊、唐慧芳、孫肇玢譯）。載於 H. Harper-Giuffre & K. R. MacKenzie（主編）**飲食疾患的團體心理治療**（3-28 頁）。台北：五南。（原著出版年 1992）
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and

- other eating disorders. *Current Opinions in Psychiatry*, 19, 389-394.
- Jones, C., Leung, N., & Harris, G. (2007). Dysfunctional core beliefs in eating disorders: A review. *Journal of Cognitive psychotherapy*, 21(2), 156-171.
- Luck, A., Waller, G., Meyer, C., Ussher, M., & Lacey, H. (2005). The role of schema processes in the eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 717-732.
- Mitchell, J. E., & Steffen, K. J. (2008). Recent research on bulimia nervosa. *Eating Disorders Review*, 19(1), 1-3.
- Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., & Ówen, C. (2007). Health service utilization for eating disorders: Findings from a community-based study. *International Journal of Eating Disorders*, 40(5), 399-408.
- Peterson, C. (2004). *變態心理學* (杜仲傑、沈永正、楊大和、饒怡君、吳幸宜譯)。台北：桂冠。(原著出版於 1996)
- Robinson, M. D., Pearce, E. A., Engel, S. G., & Wonderlich, S. A. (2009). Cognitive control moderates relations between impulsivity and bulimic symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 356-367.
- Somerville, K., & Cooper, M. (2007). Using imagery to identify and characterise core beliefs in women with bulimia nervosa, dieting and non-dieting women. *Eating Behaviors*, 8(4), 450-456.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

Cognitive Model for Bulimia Nervosa

Yun-Ming Chang

Abstract

Before intervention, it is important to identify the cognitive model and cognitive distortion of clients with bulimia nervosa. This paper explored the cognitive model for bulimia nervosa. Recent researches found that the psychopathology of clients with bulimia nervosa includes dysfunctional core beliefs; hence, understanding of these core beliefs will increase the effectiveness of treatment. Using literature review, this paper introduced theoretical cognitive concepts, including Beck's cognitive therapy and Young's schema theory, illustrated the negative core beliefs of bulimia nervosa, discussed cognitive models of bulimia nervosa, introduced group mental health education and cognitive-emotional-behavioral therapy for bulimia nervosa.

Keywords: bulimia nervosa, cognitive model

Yun-Ming Chang National Changhua University of Education (yunm055@yahoo.com.tw)